

証 明 書

中学部 ・ 高等学部	年	組	番	氏名
生年月日	年	月	日	
病 名 (該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症		
	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ ()型	〈型はわかる場合記入〉	
上記の病名により				
年 月 日から 年 月 日まで				
医師の指示による療養期間が終了し、予防上支障がないと認められる状態になりましたので登校いたします。				
医療機関／保健所等： _____				
医療機関／保健所等連絡先： _____				
上記のとおり、相違ありません。				
				年 月 日
保護者氏名				印

提出先：

本人 → 担任 → 保健室

月 日

月 日

神戸女学院中学部・高等学部
(適用期間：2022年10月31日～)